Révision 21/11/2024

# ITEM 170 : PALUDISME

**Paludisme** = protozoose à **hématozoaire** du genre *Plasmodium,* d'espèce *falciparum*, *vivax, ovale, malariae* ou *knowlesi.*
- Réservoir strictement humain (sauf *P. knowlesi* touchant aussi le singe).
- Vecteur : **anophèle femelle** à **activité hématophage nocturne** (silencieux, à piqûre indolore).
- Incubation : 1 à 3 semaines en moyenne mais…
. Minimale : **7 jours** pour *P. falciparum* et **10 à 15 jours** pour les autres espèces.
. Maximale : **2** (Pilly) **à 3** (LiSA) **mois** pour *P. falciparum* (dans 95 % des cas), **3-5 ans** pour *vivax* et *ovale*, et **> 10 ans** pour *malariae.*

| | | |
|---|---|---|
| ESPECES | ***Plasmodium falciparum*** | - Le + répandu (zone intertropicale) et le + grave, développement de résistances aux antipaludiques.<br>- Transmission principalement en **période chaude** et **humide** (ou **per-annuelle** en zone équatoriale) pour des **températures > 18 °C** et des **altitudes < 1500 m** en Afrique ou **< 2500 m** en Amérique et Asie.<br>- **Incubation** en 7 à 12 jours, **accès palustre** dans les 2 mois, **sans rechute tardive.**<br>➙ **80 %** des cas de paludisme d'importation en France. |
| | ***P. vivax*** | - Répartition : Amérique du Sud/Centrale, Asie, et plus rarement en Afrique de l'Est (résistance par groupe sanguin Duffy négatif, notamment en Afrique de l'Ouest et Centrale).<br>- **Incubation** en **11 à 15 jours.**<br>- Fièvre tierce bénigne, sans risque de forme grave, sans résistance.<br>- **Accès de reviviscence** jusqu'à 3 à 4 ans après (par les hypnozoïtes hépatiques). |
| | ***P. ovale*** | - Répartition = zone épargnée par *P. vivax* : Afrique intertropicale du Centre et de l'Ouest.<br>- Proche de *P. vivax* : **incubation** en 15 jours, fièvre terce bénigne avec cycle de 48 h, **rechute** jusqu'à 5 ans. |
| | ***P. malariae*** | - Répartition : Afrique, Amérique du Sud et Asie, de manière plus sporadique.<br>- **Incubation plus longue** en 15 à 21 jours.<br>- **Fièvre quarte bénigne** avec cycle de 78 h.<br>- **Rechute** jusqu'à 10 ans. |
| | ***P. knowlesi*** | - Répartition : Asie du Sud-Est, en zone forestière, liée à la répartition des singes macaques (hôte) = espèce zoonotique.<br>- **Fièvre quotidienne** avec cycle de 24 h, rares formes graves. |
| CYCLE | Vecteur | = Moustique culicidé du genre ***Anopheles***, seulement la femelle (hématophage).<br>- Piqûre seulement à partir du coucher de soleil, maximum d'activité entre 23 h et 6 h.<br>- Développement des larves dans les collections d'eau non polluées ± adaptation en milieu urbain.<br>- Infection du moustique par des **gamétocytes** lors d'une piqûre d'un sujet contaminé.<br>- **Cycle sexué** = **sporogonique** : en 15 jours si conditions favorables. |
| | Chez l' homme | = **Cycle asexué** = **schizogonique** : dans les hépatocytes puis dans les érythrocytes.<br>- Infection par des sporozoïtes lors d'une piqûre par anophèle femelle.<br>- **Schizogonies hépatiques** = asymptomatique : multiplication en 1 à 2 semaines, puis éclatement des hépatocytes et libération dans la circulation sanguine de **mérozoïtes** infestant les érythrocytes.<br>➙ Persistance prolongée **d'hypnozoïtes** (ou **cryptozoïtes**) pour *P. vivax* et *ovale.*<br>- **Schizogonies érythrocytaires** = symptomatique : multiplication de trophozoïtes avec formation de schizontes, puis éclatement de l'érythrocytes par cycles de 48-72h et libération de gamétocytes. |
| | Phase hépatique pré-érythrocytaire | - **Sporozoïtes** inoculés par l'anophèle : gagne les hépatocytes.<br>- Transformation en **schizontes pré-érythrocytaires.**<br>- Maturation en 7 à 17 jours puis éclatement et libération de mérozoïtes dans le sang.<br>➙ *P. vivax/ovale* : sporozoïtes intra-hépatiques quiescents = **hypnozoïtes.** |
| | Phase érythrocytaire | - Pénétration des GR par les **mérozoïtes.**<br>- Maturation en **trophozoïtes** puis en **schizontes**, en 24 h, 48 h ou 72 h selon l'espèce.<br>- Destruction du GR et libération de nouveaux **mérozoïtes** contaminants pour les GR.<br>➙ Selon la synchronisation des mérozoïtes : **fièvre périodique, quotidienne** (*P. knowlesi*), **tierce** (*P. falciparum* (peu marquée), *vivax, ovale*) ou quarte (*P. malariae*).<br>- Après quelques cycles : maturation en **gamétocytes**, infectant les anophèles. |

| | | |
|---|---|---|
| | → *P. falciparum* :<br>- Schizogonie érythrocytaire quasi-exclusivement dans les **capillaires viscéraux**, notamment cérébraux.<br>- Atteinte de toutes les hématies, quelle que soit leur âge : parasitémie élevée. | |
| **RESISTANCE** | Protection naturelle | - Facteur érythrocytaire : **trait drépanocytaire** (hétérozygotie AS), **déficit en G6PD, groupe Duffy négatif.**<br>- Facteurs non érythrocytaires : **groupe HLA, facteurs ethniques**… |
| | Immunité acquise | = **Immunisation lente, progressive, en cas d'exposition continue** : empêche la survenue de forme grave.<br>- **Non stérilisante** : n'empêche pas l'infestation et la réplication du parasite.<br>- **Non définitive** : perte de l'immunité en **2 à 3 ans** en zone non impaludée. |
| **ÉPIDEMIOLOGIE** | - Endémique en **zones intertropicales** : **250 millions accès palustre/an**, cause de **750 000 à 1 million de décès/an.**<br>→ **Afrique sub-saharienne** : 90 % des cas mondiaux, majoritairement à *P. falciparum.*<br>- **En France** : **4000 cas d'importation/an**, contractés dans 95 % des cas en Afrique subsaharienne, **10 à 20 décès/an.**<br>- **Pédiatrie** : 1000 accès/an importés en France chez l'enfant dont 10 % de nourrisson, > 80 % à P.falciparum. | |
| | Afrique | - **Risque élevé** dans **toute l'Afrique sub-saharienne** et à **Madagascar** et **Mayotte** : *P. falciparum* prédominant, *P. ovale* et sporadiquement *P. malariae ± P. vivax* en Afrique de l'Est.<br>- **Risque faible** en **Afrique du Nord** (à *P. vivax*), **Cap-Vert** et **Ile Maurice.**<br>- **Aucun risque** en **île de la Réunion.** |
| | Amérique | - **Risque élevé** en **Amérique du Sud**, notamment à *P. falciparum* (dont la Guyane française, hors villes).<br>- **Risque faible** en **Amérique Centrale** (*P. vivax*).<br>- **Aucun risque** en **Amérique du Nord** et **aux Caraïbes** (dont **Antilles** : **Martinique** et **Guadeloupe**). |
| | Asie | - **Risque élevé** en **Asie du Sud-Est** (*P. falciparum, vivax* et *knowlesi*), épargnant les villes (sauf indiennes). |
| | Autres | - **Europe** : éradication du paludisme → **cas d'importation** (ou rarement paludisme d'aéroport).<br>- **Océanie** : atteint la Nouvelle-Guinée, Ile Salomon et Vanuatu, indemne en Australie et Nouvelle-Zélande.<br>- **Proche/Moyen-Orient** : *P. falciparum* sur la côte ouest de la péninsule arabique et au Yémen. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DIAGNOSTIC** | **→ Toute fièvre au décours d'un séjour en zone d'endémie palustre doit faire évoquer le diagnostic de paludisme.**<br>**→ La chimioprophylaxie antipalustre, même correctement prise, n'élimine pas totalement le risque.** | | | |
| | **PALUDISME NON COMPLIQUÉ** | C | | - **Fièvre** : par **accès**, avec **frissons, sueurs, sensation de froid** pendant quelques heures.<br>→ **Périodique** : . **Tierce** (J1-J3-J5…) : *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale.*<br>. **Quarte** (J1-J4-J7…) : *P. malariae.*<br>→ Fièvre périodique présente uniquement dans les diagnostics tardifs.<br>- **Céphalées, myalgies.**<br>- **Troubles digestifs** : **nausées, vomissements, diarrhée.**<br>- **Splénomégalie** inconstante, au bout d'un certain temps d'évolution. |
| | | Bio | *Orientation* | - **Thrombopénie** quasi-constante, d'intensité variable.<br>- Numération leucocytaire : normale ou **leucopénie/lymphopénie**, sans hyperéosinophilie.<br>- **Syndrome inflammatoire marqué** (CRP souvent > 100).<br>- **Anémie hémolytique** : ↗ bilirubine libre, ↘ haptoglobine, ↗ LDH.<br>- **Cytolyse hépatique** généralement < 10N, prédominante sur les **ALAT.** |
| | | | *Confirmation* – **Frottis sanguin Goutte épaisse** | = Mise en évidence de l'hématozoaire, nécessitant une certaine expertise : diagnostic positif, d'espèce et parasitémie (hématies parasitées/µL ou %).<br>- **Goutte épaisse** = après hémolyse (aucune hématie visible au microscope) et micro-concentration : plus sensible pour le diagnostic positif.<br>- **Frottis sanguin** : meilleur pour le diagnostic d'espèce et la parasitémie. |
| | | | *Confirmation* – **Tests immunologiques** | = Sur **bandelette antigénique** : diagnostic rapide sur sang total, sans expertise ± dg d'espèce (*falciparum* ou *non falciparum*).<br>- Détection des espèces pathogènes : **Ag HRP2, pLDH.** |

| | |
|---|---|
| **de diagnostic rapide** | - Sensibilité = **100 %**, corrélée à la parasitémie pendant 2 à 6 semaines : ne peut être utilisé pour le diagnostic de rechute. |
| → Le biologiste doit être averti de la suspicion, et rendre le **résultat < 2 h** par **contact direct.** | |

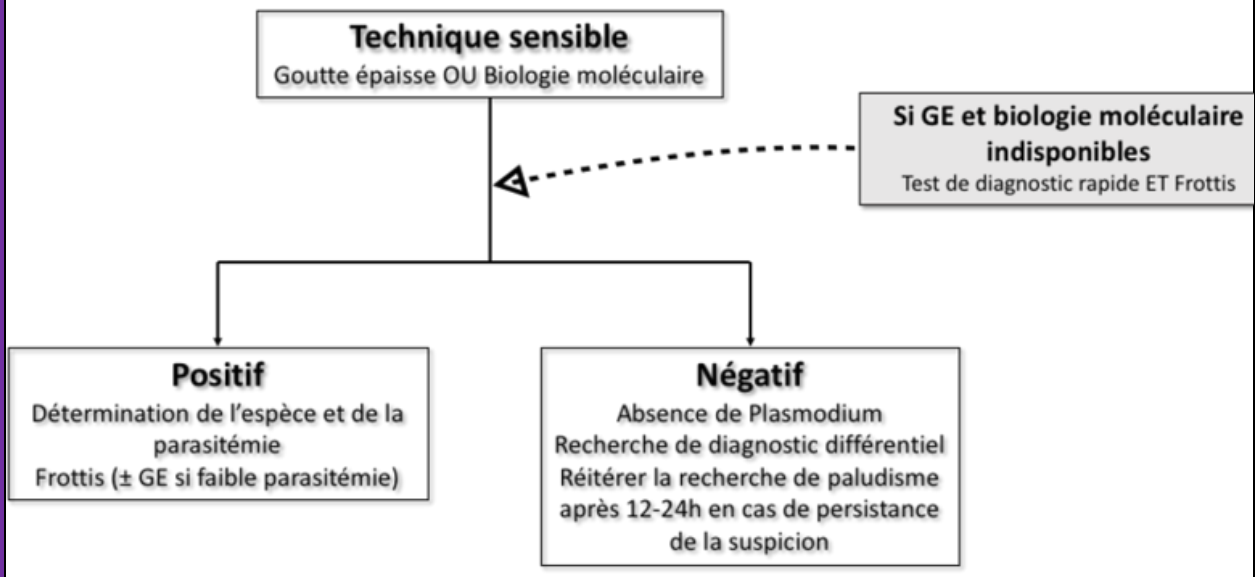
Technique sensible
Goutte épaisse OU Biologie moléculaire
Si GE et biologie moléculaire indisponibles
Test de diagnostic rapide ET Frottis
Positif
Détermination de l'espèce et de la parasitémie
Frottis (± GE si faible parasitémie)
Négatif
Absence de Plasmodium
Recherche de diagnostic différentiel
Réitérer la recherche de paludisme après 12-24h en cas de persistance de la suspicion

*Schéma tiré de la fiche LiSA 170*

→ Tout paludisme doit bénéficier d'un bilan clinique et biologique à la recherche de signes de gravité.
- Clinique : examen neuro, respi, hémodynamique, recherche d'hémorragie extériorisée, d'ictère.
- Biologique : **NFS, ionogramme, bilan rénal, glycémie, bilirubine, GDS, lactates, parasitémie.**

## PALUDISME GRAVE

- Complication rare, toujours évitable : tout accès palustre à *P. falciparum* (ou beaucoup plus rarement *P. knowlesi*) peut évoluer vers une forme grave, avec risque de décès.
- **Terrain à risque** : enfant, femme enceinte, sujet âgé, asplénie, immunodéprimé ou comorbidité.

→ Un retard diagnostique et/ou un traitement inadapté sont toujours en cause.

| | |
|---|---|
| **Neuro-paludisme** | = Début progressif chez l'adulte ou brutal chez l'enfant < 5 ans.<br>- **Trouble de conscience** (constant, d'intensité variable) : de **l'obnubilation** au **coma calme.**<br>- **Comitialité** (surtout chez l'enfant) : **généralisée** ou **localisée**, parfois peu symptomatique (clonie, mouvements oculaires, salivation excessive), jusqu'à **l'état de mal épileptique.**<br>- **Trouble du tonus** : **hypotonie avec ROT vifs**, puis **raideur, opisthotonos** et **ROT abolis.**<br>- Évolution : **décès** en 2 à 3 jours sans traitement, **10 à 30 %** de mortalité avec traitement. |
| Autres | - **Défaillance multiviscérale** : **IRA anurique**, **détresse respiratoire aiguë**, **hépatite**…<br>- **Anémie profonde** (surtout chez l'enfant). |

*Critères de gravité*

= Hospitalisation urgente avec avis d'un réanimateur si **≥ 1 critère** (sauf hyperparasitémie isolée).

→ La thrombopénie n'est pas un signe de gravité.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Toute défaillance neurologique** | **Obnubilation, confusion, somnolence, prostration**<br>**Coma** avec Glasgow < 11 | **Anémie profonde** | **Hb < 7** ou **Ht < 20 %** chez l'adulte |
| | | **Ictère** | **Clinique** ou **bilirubine totale > 50 µmol/L** |
| **Toute défaillance respiratoire** | **$PaO_2$ < 60 mmHg**, **$SpO_2$ < 92 %**<br>**Polypnée > 30/min**<br>**Signes radiologiques** : image interstitielle ou alvéolaire<br>**Si VM/VNI :**<br>**$PaO_2/FiO_2$ < 300 mmHg** | **Hémorragie** | Clinique |
| | | **Acidose métabolique** | **Bicarbonates < 15 mmol/L**<br>**pH < 7,35** |
| **Toute défaillance cardiocirculatoire** | **PAS < 80 mmHg**<br>**Signes périphériques d'insuffisance circulatoire**<br>Nécessité de **vasopresseurs** | **Hyperlactatémie** | > 2 et surtout si **lactates > 5 mmol/L** |
| | | **Insuffisance** | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Convulsions** | **Adulte : dès 1er épisode**<br>**Enfant : répétées ≥ 2/24h** | **rénale** | **Créatinine > 265** ou **urée > 20 mmol/L**<br>**Diurèse < 400 mL/24 h** (ou < 12 ml/kg/24 h chez l'enfant) malgré réhydratation |
| | | | **Hypoglycémie** | **< 2,2** mmol/L (soit **0,4 g/L**) | **Hyperparasitémie** | **Parasitémie > 4 %** chez l'adulte**, > 10 %** chez l'enfant |
| | Infestation chronique (en zone d'endémie) | | - **Paludisme viscéral évolutif** (enfant ou adulte non prémuni) : **anémie, splénomégalie, température normale** ou **fébricule**, avec **poussées thermiques**, retard staturo-pondéral → **sérologie** positive.<br>- **Splénomégalie palustre hyperréactive** (autochtone vivant en zone impaludée) : **splénomégalie** avec **hypersplénisme**, **cytopénie de séquestration** → **sérologie** fortement positive.<br>- **Fièvre bilieuse hémoglobinurique** = **anémie hémolytique aiguë immuno-allergique à la quinine.** | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| TTT | **ANTI-PALUDÉEN** | - **Dérivé quinoléique** : **chloroquine, quinine, méfloquine, halofantrine, luméfantrine, pipéraquine.**<br>- **Dérivé de l'artémisine** : **artésunate, artéméther, dihydroartémisinine.**<br>→ Les dérivés quinoléiques et de l'artémisine interfèrent avec l'utilisation de l'hémoglobine par le parasite.<br>- **Proguanil** : inhibe le métabolisme de l'acide folique par le parasite.<br>- **Atovaquone** : interfère avec les fonctions mitochondriales du parasite.<br>→ Tous les antipaludéens sont à prendre **au cours du repas** avec des aliments riches en lipides.<br>→ **Grossesse :**<br>. Contre-indication absolue : **halofantrine, doxycycline, dérivé de l'artémisine** (sauf forme grave).<br>. Contre-indication relative : **méfloquine**, **atovaquone-proguanil.**<br>→ **Chez l'enfant :**<br>**- En 1re intention :** Artéméther-luméfantrine, Dihydroartémisinine-pipéraquine, Atovaquone-proguanil, Méfloquine -> même durée de prise que l'adulte (voir tableau).<br>- Comprimés à **écraser** si < 6 ans.<br>- Si vomissement dans l'heure de la prise : nouvelle prise ; si vomissements persistants, envisager voie IV.<br>- Ne plus prescrire d'Halofantrine. | | |
| | | **Quinine** | Orale ou IV<br>Jamais IM (nécrose)<br>Demi-vie courte<br>Action rapide | - Curatif : - Oral : 3 prises/jour pendant **7 jours.**<br>± Début parentéral : 24 mg/kg IVL toutes les 8 h.<br>- **Marge étroite** = **10-12 mg/L** : dosage si voie IV ou insuffisance rénale.<br>- EI :<br>. **Cinchonisme** (fréquent, transitoire) : **acouphène**, **vertiges**, **nausées**, **céphalées**, **hyperacousie**, **amaurose.**<br>. Rare : **hypoglycémie**, **veinite.**<br>- **Surdosage** : **hypotension**, **troubles de conduction et du rythme.** |
| | | **Artésunate** | Voie IV | - EI : **anémie hémolytique retardée.** |
| | | **Chloroquine** | Orale | - EI : rares, bénins, ou **rétinopathie** si fortes doses cumulées. |
| | | **Proguanil** | Orale | - EI : rares, bénins, notamment **aphtose buccale.** |
| | | **Méfloquine** | Orale<br>Demi-vie longue<br><br>1re prise 10 jours avant le départ (tolérance) | - Curatif : 25 mg/kg en 3 prises sur **1 jour.**<br>- CI : - Allaitement et enfant < 15 ans ou < 5 kg.<br>- Antécédent de convulsions ou troubles psychiatriques.<br>- Déconseillé en cas de pratique de plongée.<br>- EI :<br>. **Digestifs** : **nausées, vomissements, douleur, diarrhée.**<br>. **Neuropsychiatrique** : **cauchemars**, **dépression**, **sensation ébrieuse**, **vertiges**, **céphalées**, **insomnie**, **trouble délirant aigu.** |
| | | **Atovaquone-Proguanil** | Orale | - Curatif : 1 prise/jour pendant **3 jours.**<br>- EI : **troubles digestifs, éruption cutanée.** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Doxycycline** | Orale | - CI : grossesse, enfant < 8 ans.<br>- EI : **photosensibilité, ulcération œsophagienne, troubles digestifs.** |
| | | **Halofantrine** | Orale | - Curatif : 3 prises sur **1 jour** avec 2de cure à mi-dose à **7 jours.**<br>- EI : **allongement du QT** → surveillance ECG, utilisation prudente.<br>- Ne plus utiliser chez l'enfant. |
| | | **Artéméther-luméfantrine**<br><br>**Dihydroartémisinine -pipéraquine** | Orale | - Curatif : 6 prises de 4 cp à **H0, H8, H24, H36, H48 et H60** pour l'AL, 1 prise/j pdt 3 jours pour la DP.<br>- CI : grossesse au 1er trimestre, **allongement du QT.** |
| | *Critères d'hospitalisation* | Liés au terrain :<br>- Hospitalisation **systématique chez l'enfant ++.**<br>- Autres personnes à risques de complication, dont : âge physiologique avancé, comorbidités, grossesse, splénectomie.<br>→ Les conditions permettant un traitement ambulatoire sont rarement remplies : hospitalisation en cas de doute.<br>→ Pour tout patient présentant un paludisme à *P. falciparum*, la présence d'un critère de gravité impose l'avis immédiat d'un réanimateur. | | |
| | | Clinique/ paraclinique | | - Tout signe de gravité.<br>- **Thrombopénie < 50 G/L.**<br>- **Anémie < 10 g/dl.**<br>- **Créatininémie > 150 µmol/L.**<br>- **Parasitémie > 2 %.**<br>- Terrain : **grossesse**, **enfant**, **asplénie** ou **décompensation de comorbidité.** |
| | | Diagnostique | | - Impossibilité d'avoir un diagnostic parasitologique fiable et rapide. |
| | | Thérapeutique | | - **Vomissements** rendant impossible un traitement oral.<br>- **Impossibilité de traitement ambulatoire** : personne vivant seule, milieu défavorisé, éloignement d'un centre hospitalier, impossibilité de suivi, absence de médicament immédiatement disponible en pharmacie.<br>- **Échec d'un 1er traitement.** |
| | **Accès palustre à *P. falciparum*** | Forme non compliquée | Sans vomissements | ***Si accès à P.falciparum :***<br>1re intention : Artéméther-luméfantrine PO ou Dihydroartémisinine – pipéraquine PO.<br>2e intention : Atovaquone-proguanil PO.<br>3e intention : Quinine PO.<br>***Si accès à P. non falciparum :***<br>1re intention : 1 ACT ou chloroquine.<br>Si accès à P.vivax ou P.ovale, 14 jours de primaquine en prévention de la reviviscence (attention au déficit en G6PD). |
| | | | Avec vomissements | - **Quinine IV** : en IVL (> 4 h) ou IVSE dans du G5%.<br>- Relai oral par **quinine** ou **antipaludéen** de 1re intention dès l'arrêt des vomissements.<br>- Alternative : **quinine** + **clindamycine IV** pendant **3 jours.** |
| | | Forme grave | | → Prise en charge urgente en réanimation (sur avis du réanimateur).<br>- **Artésunate IV** : à H0, H12, H24 au minimum 24 h ou jusqu'à amendement du/des critères de gravité, sur ATU.<br>- Alternative si ARTESUNATE non immédiatement disponible : **quinine IV** avec dose de charge sur 4 h (dose de charge contre-indiquée chez l'enfant).<br>- Ensuite : **toujours relai par voie orale** envisagé **après ≥ 3 doses IV**, quelle que soit la durée de ttt par Artésunate, préférentiellement par **bithérapie comprenant un dérivé de l'artémisine (ACT).** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | TTT associés | - PEC d'une hypoglycémie (surtout en cas de traitement par quinine).<br>- ECG avant traitement puis quotidiennement.<br>- **Apports hydroélectrolytiques modérés** (risque d'OAP).<br>- **Transfusion de CGR** si Hb < 7 ou selon terrain.<br>- **Antibiotique** si acidose ou sepsis grave/choc (co-infection fréquente).<br>- **Oxygénothérapie**, **assistance ventilatoire, dialyse** si besoin. |
| | | Enfant | - Paludisme non compliqué (3 jours de ttt) :<br>• 1re intention : **artéméther-luméfantrine** (2 prises/j), **dihydroartémisinine -pipéraquine** (1 prise/j).<br>• 2e intention **: méfloquine** ou **atovaquone-proguanil.**<br>- Paludisme grave : **artésunate IV (**modalités de suite de traitement similaires à l'adulte). |
| | | Femme enceinte | - Paludisme non compliqué : **quinine, atovaquone-proguanil au premier trimestre ; à partir du 2d trimestre, l'artéméther-luméfantrine doit être privilégié.**<br>➝ Artémisine contre-indiqué chez la femme enceinte.<br>- Paludisme grave : **artésunate IV.** |
| | | Suivi | - Surveillance **clinique** (température, troubles digestifs) et **biologique** (NFS, iono, créat).<br>➝ Une aggravation transitoire de la parasitémie dans les 24 h après le début d'un traitement par quinine n'a pas de signification péjorative.<br>- **Frottis/goutte épaisse de contrôle** à **J3**, **J7** et **J28.**<br>- **Surveillance NFS** pendant 1 mois après traitement par artésunate IV (hémolyse retardée).<br>- **Pédiatrie** : parasitémie de **J3 doit être < 25 %** de la valeur initiale et **négative à J7.** |
| | | Synthèse conduite thérapeutique | *Schéma tiré de la fiche LiSA 170.* |
| | **Accès palustre à *P. vivax, ovale* ou *malariae*** | | ➝ En cas de doute sur le diagnostic de l'espèce : traiter comme un paludisme à *P. falciparum.*<br>- En l'absence de vomissement : - 1re intention : **ACT** ou **Chloroquine** : orale pendant **3 jours.**<br>- Avec vomissements : **quinine IV.**<br>- Dès le 1er accès palustre à *P. vivax* ou *ovale* = traitement des hypnozoïtes hépatiques (prévention des récidives) : **primaquine** sur ATU, en l'absence de contre-indication (déficit en G6PD). |
| | Accès palustre à *P. knowlesi* | | - Paludisme non compliqué : **bithérapie à base d'artéméther** par voie orale.<br>- Paludisme grave : **artésunate IV.** |
| | Déclaration obligatoire | | - Tout **paludisme autochtone** (absence de séjour en zone d'endémie < 12 mois) en métropole et dans les DOM-TOM (dont la Guyane).<br>- Tout **paludisme d'importation** dans les DOM-TOM (hors Guyane). |
| **PRÉVENTION** | = Pour les voyageurs (touristes, professionnels, migrants retournant en zone d'endémie) et les expatriés.<br>Sources d'infos concernant les zones d'endémies : bulletin épidémiologique hebdomadaire, World Malaria Report par OMS. | | |
| | Protection contre les piqûres d'anophèle | | = Principale mesure préventive : à appliquer strictement, dès le coucher du soleil.<br>- **Ports de vêtements amples et couvrants**, **imprégnés d'insecticides.**<br>- **Répulsifs** sur les parties découvertes : **DEET** à 50 % chez l'adulte, 20 % chez la femme enceinte, 30 % chez l'enfant > 6 mois.<br>- **Moustiquaire imprégnée de répulsif rémanent** (**perméthrine**).<br>- **Insecticide domestique.** |
| | Chimioprophylaxie | | - **Indication** : selon la zone visitée, les résistances aux médicaments antipaludéens, l'intensité de la transmission, les conditions, la période et la durée du séjour, le voyageur, les capacités financières (non remboursé).<br>➝ **La notion de zone a été abandonnée** : considérer comme zone 3 si nécessité de chimioprophylaxie.<br>➝ La plupart des antipaludéens (sauf l'atovaquone-proguanil) n'agissent que sur les **formes érythrocytaires** : nécessite un traitement prolongé **après le retour** de la zone d'endémie palustre.<br>➝ **Pédiatrie** *(toujours présent sur le nouveau Collège de pédiatrie de décembre 2023)* : **Chloroquine** (1/j pdt séjour puis 4 semaines après) et **Proguanil** (associée avec Chloroquine, même modalité, à partir de 1 an) sont également possible en plus des molécules du tableau ci-dessous. |

| | | | CI | Effets indésirables | Rythme | Durée du traitement |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Atovaquone-proguanil** | | Tb digestifs | 1/jour | La veille à 1 semaine après |
| | | **Doxycycline** | Grossesse, allaitement < 8 ans | Phototoxicité | 1/jour | Jour du départ à 4 semaines après |
| | | **Méfloquine** | ATCD psychiatriques | Tb neuropsychiques | 1/semaine | De 10 jours avant à 3 semaines après |
| | CAT en cas de symptômes | | - **Éducation sanitaire** : principaux symptômes, nécessité de recherche d'un paludisme en urgence en cas de fièvre lors du voyage et le mois suivant le retour.<br>- **Traitement de réserve** (prescription exceptionnelle) = **atovaquone-proguanil, artéméther-luméfantrine, dihydroartémisinine-pipéraquine** : en cas d'absence de possibilité de prise en charge sur place dans les 12 h, avec consultation dès que possible au décours. | | | |